



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Los Servicios Sociales ante las necesidades de las personas
con Trastornos Mentales

Autor/es

ROXANA CARREÑO PAZ

Director/es

David San Martín Segura

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2017-18



Los Servicios Sociales ante las necesidades de las personas con Trastornos Mentales, de ROXANA CARREÑO PAZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2018

© Universidad de La Rioja, 2018

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

Trabajo Fin de Grado

Los Servicios Sociales ante las necesidades de las personas con Trastornos Mentales

The Social Services facing the needs of the
people with Mental Disorders

Roxana Carreño Paz

Tutor: David San Martín Segura

Grado en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales Jurídicas y Sociales

Universidad de La Rioja. Curso 2017/2018

Resumen

El presente estudio de carácter exploratorio tiene una doble vertiente. Por un lado, busca conocer la realidad social en la que se encuentran las personas que padecen un trastorno mental y, por otra parte, se va a elaborar una propuesta de alojamiento supervisado para personas entre 18 y 60 años con un grado de discapacidad superior a 33% derivado de un problema de salud mental.

Este trabajo se ha realizado a través de un análisis de segundo nivel de Sistemas Públicos de los Servicios Sociales los diferentes, de los recursos y servicios que intervienen en la rehabilitación psicosocial, así como de los modelos de recursos de alojamiento especializado para las personas con trastorno mental que existen en las Comunidades Autónomas.

Palabras clave: trastornos mentales, alojamientos especializados, necesidades, Sistema público de servicios sociales y Servicios Sociales.

Abstract

The present study of exploratory has two slopes. On the one hand, it tries to know the social reality where there are the people who suffer a mental disorder, through a study of the Social Services of the second level and its intervention with the same ones, by means of an analysis of the different resources and services of accommodation, specialized for the people with problems of mental health that exist at national level in the Public System of Social Services. On the other hand, a project of accommodation supervised is going to be prepared for the young people who endure a problem of mental health. It does not have a grade of dependency, but it has a grade superior to 33 % of disability. It's object is the promotion in the social integration through the access to a normalized housing.

This research was carried out through the qualitative methodology, where the tool used has been the interview. Two types of interviews have been designed, which were made to nine professionals of the public health field.

Key words: mental disorders, specialised accommodations, needs, public System of social services and Social Services.

Agradecimientos

Tras un periodo intenso de ocho meses por fin ha llegado la hora de escribir este epígrafe de agradecimientos para finalizar este Trabajo de Fin de Grado. Después de poner en una balanza todo el aprendizaje teórico, práctico y personal que ha influido positivamente en mí para la elaboración de este trabajo, me gustaría agradecer a las personas que, de una u otra forma, me han echado una mano y sobre todo al apoyo incondicional que he recibido a lo largo de este proceso.

En primer lugar, me gustaría agradecer a todo el equipo profesional de las residencias para personas mayores, a las profesionales especializadas del campo de la salud mental y de los SS. SS. de Logroño, a mis compañeros de clase por su colaboración ya que, desde el primer momento, recibí todo su apoyo.

Del mismo modo, quiero agradecer a los profesores que he pedido ayuda para continuar con este trabajo, así como a mis amigos conocidos y que han participado de una u otra forma en la elaboración de este estudio.

Finalmente, le agradezco de todo corazón a mi tutor David San Martín por haberme apoyado y dirigido mis pasos para centrar la investigación en una realidad social olvidada y muy poco estudiada, además por haber dedicado su tiempo para corregir con precisión este trabajo ya que todo lo aprendido durante este proceso no caerá en saco roto porque ahora mismo me veo más preparada y segura de mí misma.

¡Muchas gracias a todos y a cada uno por su buena disposición y colaboración con este trabajo de investigación!

Roxana Carreño Paz

En Logroño, a 18 de julio de 2018

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos del estudio	3
3. Marco teórico y normativo	4
3.1. Definición del concepto de trastornos mentales.....	4
3.2. Evolución de la atención a los trastornos mentales.....	7
3.3. Datos sobre la incidencia de los trastornos mentales	9
4. Recursos y servicios para la atención de las personas con trastornos mentales en los SPSS	10
4.1. Servicios de titularidad pública	10
4.2. Entidades del tercer sector con plazas concertadas	12
5. Marco metodológico.....	12
5.1. Justificación de métodos y técnicas seleccionadas	12
5.2. Tipo de estudio elegido	15
5.3. Diseño metodológico.....	15
5.4. Aspectos éticos y legales de la investigación.....	16
6. Análisis de los resultados	17
6.1. Entrevistas a profesionales	18
6.2. Propuesta de un recurso de alojamiento para personas con problemas de salud mental.....	24
7. Conclusiones.....	30
8. Bibliografías	33
9. Anexos.....	37

1. Introducción

“El dolor mental es menos dramático que el dolor físico, pero es más común y también más difícil de soportar” (C. S. Lewis)

Los trastornos mentales son una realidad social, no son algo que le sucede a los demás, ni un fracaso personal. A pesar del gran número de personas afectadas y de las múltiples necesidades que aquejan a este colectivo, son pocos los estudios de Trabajo Social que se han realizado hasta ahora. Según la OMS (2001) una de cada cuatro personas padecerá en algún momento de su vida algún problema de salud mental. Además, muchas personas que padecen una enfermedad mental viven solas, sufren en silencio y en ocasiones reciben una atención sociosanitaria escasa. Todos estos factores aumentan la desventaja social y llevan al estigma, la discriminación, la exclusión social de las personas que padecen trastornos mentales (en adelante TM). En España, la atención desde el ámbito sanitario está muy desarrollada. Sin embargo, en algunas Comunidades Autónomas (en adelante CCAA), los recursos y servicios que proporcionan apoyo social comunitario y los que promueven la rehabilitación psicosocial continúan siendo insuficientes. Este déficit de recursos sociales especializados destinados a la promoción de la autonomía y a la prevención de la cronificación que generan los TM, aumenta la exclusión social y la vulnerabilidad de este colectivo.

Por este motivo la presente investigación, busca conocer la realidad social en la que se encuentran las personas que padecen un TM, a través de un estudio de los Servicios Sociales Públicos de segundo nivel y su intervención con aquellos. Se parte de la hipótesis de que este colectivo está siendo derivado a las residencias para personas mayores cuando cumplen con los requisitos de acceso a este servicio, al no existir ningún recurso de alojamiento especializado¹. También que la convivencia en dichos recursos puede no ser favorable para aumentar la autonomía y promover la integración social. Por ello se analizarán las diferentes configuraciones normativas, los recursos y servicios de

¹ A partir de la observación participante de esta situación en un recurso residencial privado con plazas concertadas en concreto, se investiga a través de las entrevistas a profesionales si esto sucede en otras residencias para personas mayores dentro de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

alojamientos especializados del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales (en adelante SPRSS) que atienden las necesidades de las personas con TM.

Antes de continuar se va a clarificar que la base de esta investigación son los Sistemas Públicos de Servicios Sociales (en adelante SPSS)² y concretamente, los recursos y servicios con los que cuenta el SPRSS de segundo nivel para prevenir la cronificación y promover la autonomía de las personas que padecen un TM.

Para comprender mejor este estudio y aproximarnos a la realidad social que se pretende abordar, es necesario delimitar el término TM, debido su complejidad.

Por un lado, esta investigación se centra en los TM en general, ya que tanto las sintomatologías positivas como las negativas, causan un déficit en el funcionamiento psicosocial de las personas afectadas e interfieren considerablemente en su vida³. Estas limitaciones, generalmente van acompañadas de pobreza. Como señala la directora de Asociación Riojana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (en adelante FEAFES – A.R.F.E.S. Pro - Salud Mental o Asociación), “lamentablemente el binomio pobreza y salud mental van unidos”. Debido al desempleo producido en ocasiones por el estigma, la discriminación, entre otras cosas (OMS, 2001, 13 - 15).

Como podemos ver son múltiples las variables que interfieren en la integración social de las personas que padecen TM. No obstante, realizar un estudio con todos los condicionantes es inviable, por las características de este trabajo en cuanto a extensión y plazos de elaboración. Por esa razón, se centrará en aquellas personas entre 18 y 60 años diagnosticadas con un TM que, por su edad y su formación, aparentan poseer grandes capacidades o estas pueden ser recuperadas a través de recursos de alojamientos normalizados en los que se promueva su autonomía e integración social.

Por consiguiente, este estudio tendrá un enfoque de Trabajo Social⁴, porque implica tanto a las personas, como a las estructuras para combatir las problemáticas sociales y mejorar

² Véase la definición en el apartado 4.1. Servicios de titularidad pública.

³ Véase el apartado 3.1. Definición del concepto trastorno mentales (causas, síntomas, fases y mitos).

⁴ Definición de Trabajo Social: “Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto [...]. Respaldada por las teorías [...], el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (FITS y AIETS, 2014 en Lima, 2016, 144).

la calidad de vida de la ciudadanía, partiendo además de una visión humana y social de este colectivo. Para ello es primordial que desde el Trabajo Social se informe a la ciudadanía sobre los TM, su incidencia y la forma de evitar que las secuelas deterioren la salud de quienes padecen algún problema de salud mental.

También se indicará el método utilizado para este estudio que estará basado mayoritariamente en la metodología cualitativa. En concreto, la herramienta más recomendable es la entrevista semiestructurada focalizada en determinados grupos de profesionales que trabajan directa e indirectamente⁵ con personas que padecen un TM.

Luego, se presentarán los resultados del análisis llevado a cabo durante la investigación. En primer lugar, se analizará qué se hace desde el SPSS ante el déficit de recursos de alojamientos especializados para personas con TM, y los proyectos que se están realizando para paliar esta realidad social. En segundo lugar, se investigará sobre el estado en el que se encuentran las personas con TM que están viviendo en las residencias para personas mayores. Para concluir, se elaborará una propuesta de vivienda normalizada con atención especializada para aquellas personas diagnosticadas con un TM que poseen un grado de discapacidad superior al 33%, pero no tienen ningún grado de dependencia. Ya que como dice la directora de FEAFES-A.R.F.E.S. Pro-salud mental, “generalmente las personas [entre 18 y 60 años] no tienen conciencia de enfermedad, tienen menor adherencia al tratamiento por los efectos secundarios lo que hacen que sean más vulnerables a las recaídas”. Estos condicionantes hacen que este grupo de personas sean más vulnerable a la exclusión social, debido a que aumentan las secuelas y por consiguiente la cronificación de los TM.

2. Objetivos del estudio

- **Analizar las intervenciones realizadas desde el SPSS para atender las múltiples necesidades de este colectivo**
 - Comparar la legislación autonómica en materia Servicios Sociales de todas las CCAA

⁵ Es decir, realizando gestiones administrativas, coordinando intervenciones con otras instituciones, etc.

- Analizar los recursos y servicios especializados en la rehabilitación psicosocial que existen en Logroño
 - Conocer el papel del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental
 - Obtener datos sobre las personas que padecen TM, con más riesgo de exclusión social
 - Elaborar una propuesta de un recurso de alojamiento especializado para personas que padecen un problema de salud mental
- **Investigar la situación en la que se encuentran las personas que padecen trastornos mentales, que viven en las residencias para personas mayores**
 - Conocer la percepción de las personas profesionales que trabajan en las residencias para personas mayores, sobre las personas que padecen TM
 - Estudiar si las residencias para personas mayores están preparadas para atender a este colectivo
 - Obtener datos relevantes para elaborar las propuestas de un recurso de alojamiento especializado para las personas que padecen un trastorno mental

3. Marco teórico y normativo

3.1. Definición del concepto de trastornos mentales

Como se ha comentado en la introducción se va a proceder a exponer las definiciones sobre: salud, salud mental, enfermedad mental, trastornos mentales graves o persistentes, ya que en ocasiones son utilizados como sinónimos, lo que puede generar confusión.

En primer lugar, la definición sobre la salud más conocida es la publicada en la Carta Fundacional de la OMS el 7 de abril de 1946, creada en Stampar en 1945, y dice: “la salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013, 7; Álvarez, 2010, 100). En cuanto al concepto salud mental son numerosas las tesis, aunque tienen puntos en común en algunos de sus apartados, para este trabajo se ha optado por la definición de la (OMS,

2002, 8) ya que está acreditada a nivel mundial: “La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades, y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”. Por consiguiente, la enfermedad mental “es una alteración de tipo cognitivo y afectivo, que afecta algunos procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc. Estas alteraciones pueden producir trastornos en el razonamiento, en el comportamiento, en la percepción de la realidad y generalmente produce aislamiento social, inactividad, desorden del ritmo de vida, obstaculizando la adaptación de la persona a su entorno cultural y social” (Seva, 2010, 149).

A continuación, se presentará la definición del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU., (1987) que clasifica a las personas que padecen un trastorno mental grave (en adelante TMG), como: “un grupo de personas heterogéneas que sufren TMG, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad⁶ y de disfunción social, que deben ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (Citado en Caro, et al, 2016-2020, 55). No se ha encontrado una definición consensuada sobre la enfermedad mental, ya que es un concepto muy amplio que aglutina diversas patologías. Por tal razón, algunos autores en el campo de la psiquiatría consideran adecuada la expresión “trastorno mental”, para referirse a los casos en los que la etiología biológica, es decir, la causa, no es fácil de revelar como sucede en la mayoría de los TM.

No obstante, a partir de estas definiciones podemos decir que los TMG son psicopatologías que generan un deterioro significativo en las capacidades, y el funcionamiento psicosocial e impiden que las personas tengan una vida normalizada y autónoma en la sociedad. Generalmente, se mantienen en el tiempo y van acompañados de un cierto nivel de discapacidad y dependencia⁷. Además, después de una crisis

⁶ La discapacidad es toda restricción de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. (Cáceres, 2004, 75).

⁷ LAPAD 39/2006, 14 de diciembre, art. 2.2. 2. Dependencia: “el estado de carácter permanente [...] por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, [...] precisan de la atención de otra u otras

aparecen las secuelas, entre las que se puede destacar: un descenso en la iniciativa (abulia), falta de capacidad para rendir en una actividad (astenia), la falta de interés y motivación (apatía), rechazo de cualquier compañía (aislamiento social), así como la pérdida de autonomía y de habilidades sociales (IMSERSO, 2007,17).

Para comprender mejor el término (TM), es necesario exponer cuáles son los factores que influyen en la presentación, evolución y tratamiento de la enfermedad, así como en la rehabilitación psicosocial, ya que en general estos no responden a los modelos simples de causa-efecto. Y no solo interfieren los componentes de origen biológico y psicológicos como las alteraciones en la química del cerebro, la predisposición genética, los trastornos cognitivos y emocionales, las lesiones cerebrales por consumo de sustancias, sino que también influyen algunos desencadenantes ambientales, como por ejemplo los acontecimientos traumáticos en las relaciones familiares, las catástrofes naturales, los accidentes, etc., que a veces despiertan “algo que estaba dormido” (Seva, 2010,149).

En ocasiones las sintomatologías de los TM se pueden apreciar a simple vista. Aunque no todas las personas presentan los mismos síntomas ni todos a la vez, ya que varían según el tipo de TM, los más comunes son (Seva, 2010, 149):

Síntomas físicos: dolores de cabeza, trastornos del sueño.

Síntomas afectivos: tristeza miedo, ansiedad.

Síntomas cognitivos: la dificultad para pensar, ideas irreales, alteraciones de la memoria.

Síntomas del comportamiento: conductas agresivas, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, debido a percepciones visuales o auditivas de cosas irreales.

Todos estos síntomas se pueden clasificar en dos fases (Ramírez, 2010, 416 – 420):

Fase 1: destacada por la sintomatología positiva o psicótica, que cursa con distorsión y pérdida de la realidad, alteraciones en los pensamientos, el lenguaje, delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado, entre otros síntomas. Durante esta fase se producen las descompensaciones psicopatológicas, y las consecuencias son: el aislamiento social, la pérdida de interés en las actividades y las obligaciones, el deterioro

personas o ayudas importantes para realizar AVDs o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o *enfermedad mental*, de otros apoyos para su autonomía personal” (Énfasis añadido).

de la higiene, además del carácter irritable y la desconfianza hacia el entorno. En este periodo es imprescindible el abordaje y tratamiento desde la red sanitaria de salud mental.

Fase 2: caracterizada por la sintomatología negativa, es decir, las secuelas o déficit de funcionamiento psicosocial. Entre ellas se encuentran: la pérdida de facultades previamente adquiridas, incapacidad para iniciar y mantenerse realizando actividades dirigidas a un fin, la pobreza en el habla con respuestas breves y pobres de contenido, falta de energía, la disfunción social, etc., en esta etapa se realiza la rehabilitación psicosocial para disminuir la cronificación de la enfermedad y promover la autonomía e integración social de la persona afectada.

Además de toda esta carga sintomatológica, las personas que padecen TM sufren estigma y discriminación, generalmente, por la escasa información que tiene la sociedad sobre los TM. A todos ellos se les deben añadir los mitos asociados a los TM, como que son personas peligrosas, que no pueden llevar una vida normalizada, que implican la pérdida de capacidad intelectual, que son enfermedades contagiosas, mortales, hereditarias, para toda la vida, que son un castigo divino y culpa de quienes los padecen. Sin embargo, la probabilidad de que una persona con TM cometa un acto violento o delictivo es similar a la de una persona sin enfermedad mental. Por otro lado, cuando la persona que padece un TM cuenta con un tratamiento farmacológico adecuado, un entorno social y familiar favorable y recibe rehabilitación psicosocial, generalmente recupera sus capacidades que había perdido como consecuencia de la enfermedad (IMSERSO, 2007, 15).

3.2. Evolución de la atención a los trastornos mentales

Hasta hace unas décadas la atención a las personas con TM se efectuaba en los hospitales psiquiátricos, más conocidos como “manicomios”. En estos lugares las personas con problemas de salud mental ingresaban en ocasiones de por vida. La atención sanitaria en general era inadecuada por la aglomeración de los pacientes, la falta de intimidad y la despersonalización. Todos estos factores influían en el deterioro personal, la cronificación de la enfermedad, la marginación y el aislamiento social del individuo afectado (Gisbert, 2003,19). Sin embargo, la atención de la ciudadanía con TM cambió a partir de La

Reforma Psiquiátrica⁸. Este modelo fue iniciado por la OMS, y otras instituciones, para promover la desinstitucionalización⁹ de los pacientes que se encontraban en las instituciones psiquiátricas.

En España, la Reforma Psiquiátrica se introdujo más tarde, durante el Gobierno de Felipe González, en la década de 1980. En concreto, quien organizó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica fue el Ministro de Sanidad Ernest Lluch, a través de la Orden de 27 de julio de 1983 (Giménez, 1986, 8 y 9) ¹⁰.

El objetivo fundamental de la Reforma Psiquiátrica fue el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de un sistema asistencial de índole comunitario (Confederación Salud Mental España, 2015, 19). La implantación del nuevo modelo de atención psiquiátrica en las CCAA ha sido un avance positivo en la atención a la salud mental. Sin embargo, el desarrollo de recursos de rehabilitación, de atención residencial y de soporte social, continúa siendo insuficiente (Rodríguez, 2007, 26). Un ejemplo de esta situación se encuentra en La Rioja, donde los Servicios Sanitarios Públicos de Atención a este colectivo están muy desarrollados, mientras que la red de Servicios Sociales (en adelante S.S.SS.) de la Administración Pública no cuenta con recursos especializados propios, que proporcionen apoyo social comunitario y promueva la rehabilitación psicosocial. No obstante, sí cuentan con plazas concertadas especializadas en TM¹¹, y también realizan rehabilitación psicosocial desde algunos recursos de la Red de salud mental sanitaria¹². En la actualidad el recurso de referencia de rehabilitación psicosocial con el que cuenta la ciudadanía riojana es el que ha creado de FEAFES – A.R.F.E.S. Pro - Salud Mental¹³.

⁸ Política desinstitucionalizadora que surge tras la IIGM y se extiende en EE. UU., Inglaterra Francia, e Italia en los años 50 del siglo pasado. Posteriormente se integró en todo el mundo (Desviat, 2012, 13).

⁹ Desinstitucionalización no es sinónimo de deshospitalización, sino un proceso complejo de creación de recursos y servicios que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias (OMS, 2001, 51).

¹⁰ El informe elaborado por esta Comisión es la base en la que se asienta la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril (Espina, 2002, 39).

¹¹ Prestación lleva a cabo teóricamente según el principio de subsidiariedad (véase en el artículo 61 ter. Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de SS.SS. de La Rioja).

¹² Centro de salud mental de Albelda, hospital provincial de La Rioja.

¹³ También forman parte del SPSS los servicios prestados indirectamente a través de entidades de iniciativa privada de servicios sociales (véase la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de SS.SS. de La Rioja, art. 3.2.).

Según Márquez (2011, 7) existen evidencias documentadas sobre la eficiencia de la Reforma Psiquiátrica a través del modelo de atención comunitaria¹⁴, cuando va acompañado de servicios sociosanitarios enfocados a prevenir la cronificación y promover la autonomía e inclusión social de las personas con un TM. Sin embargo, a la vez que se cierran los hospitales psiquiátricos se deben crear recursos sociales y sanitarios enfocados a ofrecer atención a las múltiples necesidades de este colectivo. Como se ha comentado, el cuidado de las personas con TM en el ámbito comunitario debe estar constituido tanto por servicios sanitarios-psiquiátrico como por servicios de rehabilitación psicosocial, de apoyo a la integración social, de alojamiento especializado, de rehabilitación laboral, de inserción y mantenimiento en el ámbito laboral, y asesoramiento de psicoeducación a las familias, etc. Esta tesis la confirma la directora de FEAFES - ARFES Pro-Salud Mental, ya que como señala, “las necesidades de las personas con TMG son múltiples, complejas y traspasan el ámbito sanitario-psiquiátrico, y llegan a las dimensiones psicosociales y sociales de la persona”. Ello es debido al elevado grado de discapacidad que limita su funcionamiento psicosocial, autónomo, y aumenta su desventaja social, además de los problemas de tensión y sobrecarga que ocasionan a las familias (Rodríguez, 2003, 81).

3.3. Datos sobre la incidencia de los trastornos mentales

Según la OMS, (2001, 2002, 2-19) en la primera década del siglo XXI, el número de afectados con TM en todo el mundo ascendía a 450 millones de personas. Al respecto la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria señala que uno de cada cuatro pacientes que acuden a las consultas de los centros de salud en España presentan algún problema psiquiátrico (Citado en Caro et al, 2016-2020, 52). Los problemas de salud mental afectan a todos los grupos sociales, y nacionalidades, ocasionando importantes problemas económicos, tanto para la persona afectada como para sus familiares más cercanos. Los factores asociados a la aparición, evolución y prevalencia de los TM son: la pobreza, el

¹⁴ La atención comunitaria se refiere a que los cuidados a las personas con TMG deben realizarse dentro del entorno comunitario, con el fin de evitar su marginación e institucionalización (Rodríguez, 2007, 24).

sexo, la edad, los conflictos, desastres naturales, las enfermedades físicas graves, el entorno socio familiar, el medio ambiente, etc.

Los problemas de salud mental son la quinta de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial. Y los TM más frecuentes son la depresión, la esquizofrenia, el abuso de sustancias adictivas o patología dual, las demencias, los trastornos de la personalidad etc. Asimismo, se prevé que en el año 2020 la depresión sea la primera causa de enfermedad en los países desarrollados (OMS, 2002, 2).

Se calcula que en los países miembros de la Unión Europea (UE), un 27% de la población entre 18 y 65 años sufre un TM. Entre ellos se encuentran la depresión, la ansiedad, los trastornos somatomorfos y los relacionados con el consumo de sustancias adictivas, etc. Generalmente producen un alto grado de discapacidad y son la segunda carga de enfermedad por detrás de las cardiovasculares (Gobierno de La Rioja, 2016, 3).

En España un 9% de la ciudadanía sufre un trastorno mental, y se predice que un 20% lo padecerá en algún momento de su vida. El número de personas afectadas por un TM en La Rioja es alrededor de un 15,75%, y es la segunda causa de discapacidad de las diez principales (Gobierno de La Rioja, 2016, 38).

4. Recursos y servicios para la atención de las personas con trastornos mentales en los SPSS

En este apartado se hará un breve análisis sobre los recursos y servicios de alojamientos especializados existentes en el ámbito nacional para las personas que padecen TM. Asimismo, se expondrán los significados de los conceptos SPSS y entidades del tercer sector para comprender mejor la tipología de recursos.

4.1. Servicios de titularidad pública

Como se ha comentado, el objeto de este estudio consiste en promover la integración social de las personas que padecen un problema de salud mental a través del acceso a una vivienda normalizada. Para ello se examinarán los recursos y servicios a nivel nacional que intervienen en la rehabilitación psicosocial y los diferentes modelos de recursos de

alojamiento especializado para las personas con TM que existen en las CCAA. Previamente se va a exponer una definición sobre Servicios Sociales y las funciones que cumplen las entidades del tercer sector en la rehabilitación psicosocial de este colectivo.

Antes de presentar la definición de los SS.SS. es necesario aclarar las cuestiones competenciales en materia de “asistencia social”, a partir de la Constitución española de 1978, artículo 148.1. 20ª. Debido a que tras la creación de los Estatutos autonómicos gradualmente se van aprobando las 17 leyes autonómicas de SS.SS. (Alemán, 2008, 18). De ahí el problema para presentar una definición consensuada sobre los SS.SS., ya que cada Comunidad Autónoma cuenta con una configuración propia de estos. Aquí se ha optado por utilizar la que se expone en la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, que en su art. 2.1 especifica: “El Sistema Riojano de Servicios Sociales constituye una red articulada de atención, formada por el conjunto de recursos, servicios y prestaciones de titularidad pública y privada destinados a favorecer la integración social y la autonomía de las personas, las familias, los grupos y la comunidad en que se integran, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial”. Según San Martín (2018, 8-9) esta definición comprende básicamente el Sistema de servicios sociales como una red organizada y activa de atención e identifica con precisión la necesidades que atiende como la “integración social y la autonomía” de la población en general a través de una acción esencialmente prestacional basada en un conjunto de recursos y servicios.

Todos los SPSS españoles se estructuran en dos niveles: el primario o de carácter polivalente de actuación local y el especializado enfocado a necesidades específicas. Cada Comunidad Autónoma realizó cambios en las denominaciones, pero conservando el mismo esquema. La normativa riojana estructura los SS.SS. en generales de primer nivel, con dos modalidades de atención primaria y secundaria; y un segundo nivel para dar respuesta a necesidades específicas que precisan especializaciones técnicas y recursos complejos. Asimismo, establece un catálogo que se concreta en la cartera por vía reglamentaria¹⁵. Sin embargo, no todas las CCAA han agregado “Catálogos y Carteras¹⁶”

¹⁵ Véase el Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.

¹⁶ En cuanto al concepto catálogo y cartera su diferencia estriba en que el catálogo describe la lista de prestaciones previstas por la ley. Mientras que la cartera de servicios es un instrumento cuyo objeto es

de servicios, recursos y prestaciones. Tras el análisis documental se ha comprobado que solo ocho CCAA han desarrollado un catálogo y por consiguiente una cartera, estas son: Aragón, Cataluña, Islas Baleares, La Rioja, Galicia, Castilla y León, País Vasco y Cantabria.

4.2. Entidades del tercer sector con plazas concertadas

El SPSS está formado tanto por las entidades públicas como privadas, de acuerdo con dos principios: el de subsidiariedad de lo privado con respecto a la red de centros públicos, y el de complementariedad allí donde se reconozcan las insuficiencias estructurales de la iniciativa pública (Villar, 2012, 100). En la actualidad existen muchas entidades con y sin ánimo de lucro que colaboran con los SPSS. Las leyes autonómicas de tercera generación regulan la iniciativa privada y establecen los requisitos para acceder a la prestación de servicios, la creación de centros, etc. (San Martín. 2018, 45)

Entre las entidades del tercer sector que colaboran con el SPSS, podemos citar aquellas que prestan servicios sociales de interés público como las asociaciones de iniciativa social. Para este estudio es primordial citar a la Confederación Salud Mental España como referente en la rehabilitación psicosocial de las personas que padecen TM, a nivel nacional, regional y local, en concreto a FEAFES A.R.F.E.S Por-Salud Mental de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

5. Marco metodológico

5.1. Justificación de métodos y técnicas seleccionadas

El presente estudio de investigación se ha llevado cabo mediante la metodología cualitativa, ya que se pretende profundizar en el objeto de estudio a través de un análisis socio jurídico sobre la situación en la que se encuentran las personas que padecen TM. Además, se busca conocer el impacto que causan los problemas de salud mental y la

explicar las prestaciones garantizadas como derecho subjetivo y las no garantizadas sujetas a la disponibilidad de presupuesto (Aguado, 2012, 69).

carencia de recursos de alojamiento especializados en aquellas personas entre 18 y 60 años que por su edad y su formación aparentan poseer grandes capacidades o estas pueden ser recuperadas a través de recursos de alojamientos normalizados en los que se promueva su autonomía e integración social. Todas estas cuestiones se han analizado en las diferentes entrevistas realizadas a profesionales de La Rioja: seis Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, una Técnico superior en animación sociocultural (en adelante TASOC), que trabajan en residencias para personas mayores por medio de los cuales se pretende conocer el estado en el que se encuentran viviendo las personas que padecen un trastornos mental en dichas instituciones. Por otra parte, se han efectuado entrevistas a dos profesionales especializados en el ámbito social: la Jefa de la Unidad de los SS.SS. del Ayuntamiento Logroño y la otra del campo de la salud mental la directora de FEAFES-A.R.F.E.S. PRO- SALUD MENTAL.

No se realizaron entrevistas a las personas afectadas porque generalmente son tutelados y es necesario previo permiso escrito de quien ostenta su tutela¹⁷. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. También se llevó a cabo una observación participante cuyos datos se transcribieron en un cuaderno para su posterior análisis.

Se ha seleccionado la metodología cualitativa como forma específica de recogida de información, con la que se pueden utilizar diferentes métodos y técnicas de investigación, como la entrevista que es un instrumento que se fundamenta en lo que expresa el entrevistado, además describe y comprende la conducta humana, enfatizando más el por qué que el cómo. Del mismo modo, la recogida de información es flexible e interactiva, sus análisis son interpretativos y el alcance de los resultados se basa en la búsqueda cualitativa de los significados de la acción humana.

La elaboración de este trabajo se ha basado en las dimensiones metodológicas de la investigación social (Bericat, 1998) Ya que se ejecutarán en la perspectiva del tiempo sincrónica puesto que se desea obtener la visión de la situación en el momento en que se realizaron las entrevistas. El enfoque es microscópico ya que se acota la elección a determinados grupos de profesionales, para conocer la perspectiva social de TM para

¹⁷ Aunque en el artículo 271 del código civil no se especifica nada sobre realizar una entrevista, se obvió esta alternativa por el limitado tiempo para contactar con sus tutores.

ganar en profundidad, aunque se puede perder en la generalización de los resultados. El punto de vista será tanto objetivo como subjetivo. Objetivo porque por un lado se pretende dar a conocer la realidad social en lo referente a la información o percepción de los TM y, por otra parte, es subjetivo es porque las personas profesionales darán su opinión acerca del tema en cuestión. Por consiguiente, la conceptualización del objeto considerará la realidad social construida a partir de la perspectiva de los participantes, en síntesis, al resumir la información que se ha encontrado. La orientación a la construcción teórica transitará de lo particular a lo general de forma inductiva, ya que primero se introduce la información recibida por los participantes de forma poco sintomática y se continuarán desarrollando los elementos para su comprensión. Para concluir, la presencia del observador introducirá cierto grado de reactividad, que se intentará reducir a través de varias estrategias como la garantía de confidencialidad. Además las entrevista se realizarán en lugares neutros e imparciales y se explicarán los objetivos de la investigación.

La finalidad de las entrevista es recoger información de interés para la investigación de una forma organizada. Esto es, las entervistan serán un instrumento facilitador de la recogida de información sobre la perspectiva social en la que se encuentran las personas con problemas de salud mental y la percepción de los profesionales sobre esta realidad.

Para ello se han diseñado dos entrevistas diferentes en relación con la persona a la cual se dirige y cuya fuente es de elaboración propia.

Como se ha comentado las entrevistas serán semiestructuradas y focalizadas, ya que se parte de un guion redactado por el observador que recoge una serie de puntos que las personas entrevistadas deben responder durante las mismas, aunque pueden añadirse nuevas cuestiones suscitadas por el diálogo entre ambos, los cuales se añadirán al guion en función del enfoque de la investigación. No obstante, todas las entrevistas versarán sobre dimensiones referidas a responder a los objetivos de esta investigación. Estas dimensiones se encuentran recogidas junto a los cuestionarios utilizados para las entrevistas (anexo nº 1).

En lo que se refiere a las otras técnicas utilizadas se ha realizado el análisis de las fuentes documentales, para elaborar el diseño exploratorio¹⁸ y proceder a confeccionar el guion de las entrevistas semiestructuradas focalizadas en grupos determinados de profesionales.

Posteriormente se procederá a analizar los recursos con los que cuenta el SPSS para atender a las personas que padecen TM. Para lograr este objetivo se analizaron las diferentes leyes autonómicas sobre SS.SS. y sus respectivas carteras y catálogos en los casos en que disponían de ellas.

Para concluir se elaborará una propuesta de alojamiento especializado que promueva la autonomía y prevenga la cronificación. Este recurso estará dirigido a la ciudadanía riojana que tenga mayor riesgo de exclusión social como consecuencia de una enfermedad mental.

5.2. Tipo de estudio elegido

El presente estudio será exploratorio-preparatorio, ya que este tema de investigación se encuentra poco desarrollado, desde el Trabajo Social por lo que aún existen muchas lagunas sobre el mismo. Por otra parte, será descriptivo porque se procederá a realizar descripciones densas, esto es que irán más allá del hecho y llegarán al detalle. El fin es obtener múltiples puntos de vista de las personas profesionales del ámbito sociosanitario, que se desconocen sobre la situación en la que se encuentran las personas con problemas de salud mental.

5.3. Diseño metodológico

El proceso de selección de la muestra se basó en la tipología que mejor se ajusta a las necesidades de la investigación. Por ello se optó por el muestreo no probabilístico¹⁹ debido a que la población objeto de estudio se encuentra dispersa, pero puede encontrarse

¹⁸ Los estudios exploratorios ayudan a familiarizarnos con el fenómeno relativamente desconocido, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa o identificar nuevos conceptos o variables, etc. (Hernández y otros, 2008, 101 en Sabater, 2015, 70).

¹⁹ La muestra no es estadísticamente representativa, aunque sí puede ser sociológicamente representativa (Sabater, 2016/2017).

en un lugar concreto. Aunque existen varios tipos de muestreos no probabilísticos se utilizará el criterio estratégico relacionado con el opinático, de conveniencia o de azar, ya que permite al investigador seleccionar a los participantes e instituciones por su experiencia como protagonista o testigo (Hernández, 2015, 82). También se ha utilizado el criterio de ovillo, porque parte de la información obtenida es selecta, especializada y única, y contendrán las mismas preguntas para todas las personas profesionales, aunque habrá otras específicas de acuerdo con la labor que realizan cada uno de los especialistas. Por otra parte, se ha codificado la información que se decidió que era relevante para desarrollar para comprender mejor la realidad social estudiada. El tamaño de la muestra no ha podido establecerse a priori, porque primero se ha recogido y analizado los testimonios hasta que han sido redundante. Es decir, se ha producido una saturación de la información recogida. En la siguiente tabla se exponen los criterios utilizados para seleccionar a los profesionales más idóneos para responder a los objetivos de esta investigación.

Tabla nº 1

Grupo de profesionales	Criterio de selección
1º Seis auxiliares de enfermería y una TASOC	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en una residencia para personas mayores. - Experiencia laboral superior a dos años
2º Jefa de la Unidad de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Logroño	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en el ámbito de los servicios sociales - Experiencia profesional superior a 10 años
3º Directora de FEAFES A.R.F.E.S. Pro – Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en el ámbito de la salud mental - Experiencia profesional superior a 10 años

Fuente: elaboración propia

5.4. Aspectos éticos y legales de la investigación

Con la finalidad de seguir los criterios de la Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se anonimizaron los datos aportados por los profesionales. Se ha asignado a las personas profesionales participantes un código, que consiste en: “A” auxiliares de enfermería que trabajan en una residencia para personas mayores, “T” TASOC que trabaja en una residencia para personas mayores, “J” Jefa de

la Unidad de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Logroño, “D” Directora de FEAFES A.R.F.E.S. Pro – Salud mental La Rioja.

6. Análisis de los resultados

Como se ha comentado uno de los objetivos de esta investigación es analizar la legislación autonómica de los SS.SS., con la finalidad de encontrar los recursos o servicios especializados de segundo nivel de intervención para personas que padecen TM dentro del SPSS. Para lograr este objetivo se ha realizado un estudio en profundidad de todas las normativas vigentes relativas a los SS.SS. de las 17 CCAA. Así mismo se ha analizado el Catálogo y Cartera ya que contienen mayor detalle sobre los recursos y servicios prestados. Aunque para aquellas CCAA que no poseen Cartera, ni Catálogo, se ha examinado el listado de los recursos y servicios que contiene la Ley general de SS.SS. de dichas CCAA y que se prestan desde el SPSS. Por las limitaciones temporales de este trabajo se han descartados aquellos servicios que no se encuentran en dichas normativas y en las Carteras.

Por consiguiente, en el anexo nº 3 se presenta un mapa con las entidades que ofrecen servicios especializados en la rehabilitación psicosocial de las personas que padecen TM, así como una tabla (nº 2) sobre el análisis de las legislaciones autonómicas y los recursos de alojamiento especializado para personas con problemas de salud mental que existen dentro de las Leyes de SS.SS. Además, otra tabla en el anexo nº 5 recoge algunos dispositivos de atención en la salud mental sociosanitaria en España. Como se puede observar La Rioja no cuenta con ningún servicio de alojamiento especializado, salvo los pisos tutelados para adultos tutelados en La Rioja diagnosticadas de una patología mental e incursas en un procedimiento judicial de modificación de la capacidad, cuya guarda se haya encomendado por los Tribunales a la Fundación Tutelar de La Rioja²⁰. Por lo tanto, se puede afirmar que esta Comunidad es la única a nivel nacional que no cuenta con recursos de alojamientos especializados para personas con TM.

²⁰ Véase <https://www.fsyc.org/proyectos/viviendas-especializadas-para-adultos-tutelados-en-la-rioja/>

Con la finalidad de conocer si hay personas con TM viviendo en las calles y como intervienen los SS.SS. de primer nivel en Logroño, se ha realizado una entrevista a la jefa de Unidad de SS.SS. del Ayuntamiento de Logroño. Los resultados de esta entrevista se han codificado y clasificado en las dimensiones anteriormente planeadas.

6.1. Entrevistas a profesionales

Después de haber transcripto y analizado el contenido de las entrevista y la observación participante, se extrajeron las categorías significativas que mejor explican el fenómeno estudiado. En los siguientes párrafos se describen estas categorías apoyadas en los verbatim extraídos de las transcripciones de las entrevistas.

Estigma

Según Goffman, (2006, 11-15) el estigma se refiere a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben diferentes. Lo que se pretende con esta variable es recoger la imagen preconcebida que tiene la sociedad de las personas que padecen TM según la percepción de expertos del ámbito sociosanitario. Para ello se ha preguntado: ¿en la actualidad qué imagen tiene la sociedad de las personas que padecen TMG?

En cuanto a esta variable los diferentes profesionales consideran que la imagen pública que tiene la sociedad de las personas con problemas de salud mental es “muy mala, porque no están debidamente medicados, ni hay recursos para ellos” (A 2), además esta situación les “preocupa porque tiene reacciones que no [saben cómo] atender [y] atajarlas” (A 3). La imagen que perciben los profesionales es “de abandono” (A 4) y (A 6), porque “se los margina bastante, se los aíslan mucho, la sociedad [no está preparada] para tratarlos” (A 5). Esta idea la confirma el discurso de la (T) cuando señala que la sociedad tiene “una imagen negativa, [que] en el siglo XXI que estamos siguen viviendo [las personas con problemas de salud mental] muy separados físicamente y socialmente” de la población en general. Por otra parte, la imagen que tiene la sociedad “va en función de cada enfermedad y de entrada es de rechazo, esa propia imagen la genera el desconocimiento” (J). Además, hay dos tipos de estigma “el social con una imagen negativa que son

personas violentas, impredecibles, poco productivas” y el “auto estigma que causa mucho daño porque el estigma social le impregna en la piel el atributo y esta se cree su falta de capacidad e incluso llega en algún momento a ser impredecible” **(D)**.

Como podemos observar la imagen que tiene la sociedad en la actualidad de este colectivo es negativa y causa mucho daño a la persona afectada, quien se cree el estereotipo que tiene la sociedad sobre ellos e incluso llegan actuar de acuerdo con lo que creen que la sociedad espera de ellos.

Percepción

Con esta dimensión se busca recoger a grandes rasgos los conocimientos que las personas profesionales tienen sobre los problemas de salud mental y si estos generan discapacidades. Para ello se ha preguntado: ¿cree que los trastornos mentales son discapacitantes? y ¿por qué? En lo que se refiere a esta pregunta las personas entrevistadas consideran que los TM son “una discapacidad para ciertas cosas” **(A 1)** o que es “es una discapacidad total” **(A 2)**. Mientras que otra participante afirma que “Sí claro totalmente discapacitante, porque una persona con un TM no está en sus condiciones de hacer una vida normal, asearse, ni de comer, es una discapacidad muy dura” **(A 3)**. Por otra parte, una entrevistada dice que “si esta medicada puede ser que te responda bien, pero una vez que dejen de tomarlas o necesiten más puede llegar a aumentar su discapacidad” **(A 4)**. Además, puede “limitar las capacidades de desarrollo, no pierden su inteligencia, pero las crisis pueden limitar, sus capacidades los puede anular por completo” **(A 5)**, la verdad es que “pueden serlo si no son tratados con la rigurosidad que necesitan” **(A 6)**. Por otro lado, una entrevistada afirma que “la patología poco a poco con los años te recluye, te anula socialmente. [Por lo tanto,] es también una discapacidad social y de relación” **(T)**.

En cuanto al especialista del ámbito social y del campo de la salud mental confirma los discursos de las personas profesionales que trabajan en las residencias para personas mayores cuando afirman que “sin ninguna duda, volvemos a que vamos a generalizar, porque cada enfermedad probablemente tiene un tipo de trastorno [pero generalmente] te impiden hacer una vida normal, que lo cotidiano, como que puedas ir por la calle, alquilar un piso, comprar, ir al banco a por dinero, una vida normal sin grandes lujos, una vida cotidiana” **(J)**. Para concluir, **(D)** señala que “hay muchos tipos de salud mental,

evidentemente hay problemas de salud mental menores, no por eso menos discapacitante, y otros trastornos mentales que como bien dice la palabra [son] graves y persistentes. Sí que aquellas personas que están diagnosticadas con esquizofrenia, trastorno bipolar que son trastornos mentales crónicos de más de 2 años de duración, son personas que en algún momento de su vida han estado ingresadas [y] presentan unos niveles importantes de discapacidad y dependencia”

Formación

Se ha partido de la teoría de que la formación es la adquisición de cierto desarrollo, aptitud o habilidad en algo (véase anexo nº 1 variables) Con esta variable se busca conocer si las personas profesionales se sienten preparadas para trabajar con personas que padecen un TMG. Se parte de la idea de que los profesionales que trabajan en las residencias para personas mayores tienen una formación relacionada con la gerontología. Por ello solo se preguntó a las personas que trabajan en las residencias para personas mayores. ¿Se siente preparada para trabajar con personas con TMG? Algunas profesionales afirmaron que “Sí [estaban] preparadas [que habían] estudiado hasta tercero de psicología, y [además decía] creo que no tengo ningún problema [porque] soy una persona muy sociable y muy abierta” (A 1) y “me siento preparada, casi siempre trabajo con ellos” (A 2). Sin embargo, dos profesionales no percibían estar preparadas, ya que se formación está relacionada con la gerontología; “no” (A 3) “Tengo una formación de cómo cambiar un pañal, cómo atender a un anciano, pero no cómo atender a una persona que tiene un trastorno de salud mental” (A 4). No obstante, las demás personas profesionales comentaron que estaban preparadas, aunque “Preparada al 100% no, no nos preparan a la hora de nuestros estudios en el caso de Técnico de auxiliar de enfermería, para trabajar con personas con problemas mentales, para eso nos va ayudando la experiencia, a lavarlos, asearlos sí, pero tratarlos no” (A 5) y afirmaban que es “siempre es aconsejable seguir formándose, aprendiendo sobre todo la manera de tratarlos, de que ellos sigan sus pautas, su higiene, sus dietas en general, aprender todo lo nuevo en terapias sobre los trastornos, sobre la conducta, para mejorar [la forma de atenderlos] hablar con ellos, convivir con ellos para que se sientan más apoyados y más seguros y que aprendan a cuidarse un poco ellos mismos” (A 6). En conclusión, creo que debería estudiar más la parte psiquiátrica y psicológica para poder dedicarme a ese colectivo” (T).

Necesidades

Como se ha comentado las necesidades de las personas que padecen TM son múltiples y complejas, aunque existes unas comunes para todos los seres humanos como las descrita jerárquicamente en la pirámide de Maslow (Salas, et al, 2013, 41). Teniendo en cuenta que el objeto de este estudio atañe las necesidades de vivienda que tienen las personas entre 18-a 60 años diagnosticadas con un TM. Se ha preguntado a la Jefa de la Unidad de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Logroño si como profesionales de referencia ¿os encontráis con personas con TMG, que están viviendo en alojamientos inadecuados o que no cuentan con unas redes familiares para prestarles apoyo? La especialista afirma que “A diario, porque nadie lleva una etiqueta en la frente que diga *tengo un problema de salud mental*. Cuando vienen a alojarse al CMA o cuando vienen a pedir un vale del comedor o a tramitar una ayuda no pone en la frente *soy un esquizofrénico*, con lo cual nos encontramos a diario **(J)** (énfasis añadido).

Del mismo modo, se indagó si en las residencias para personas mayores donde trabajaban las personas entrevistadas vivían personas con TMG y si ¿creían que era un servicio adecuado para este colectivo?

Las profesionales confirmaron con un “Si en la residencia donde trabajo hay algunas personas con problemas de salud mental y la verdad es que me parece muy mal el tema, porque pienso que debería haber un centro especializado para ellos y que no se tendrían que integrar con personas de 80, 90, 100 años que están en el ocaso de la vida. Estas personas con 50 60 años y tal, creo que podrían tener otra calidad de vida con personas de similares edades **(A 1)**, otra profesional afirma que en su lugar de trabajo “viven alrededor de unas 10 personas con TM [y] no cree que las residencias para personas mayores sean adecuadas para las personas que padecen problemas de salud mental **(A 2)**. Por otra parte, una profesional señala que donde ella trabaja “conviven personas con problemas de salud mental, con personas de la tercera edad y esta situación en ocasiones no es adecuada porque cuando esa persona sufre una crisis las personas mayores les dicen *está loco, hay que encerrarlo en un manicomio*, y esta situación no es la más adecuada para quien está sufriendo síntomas propios de su enfermedad. Además, estas personas precisan terapias ocupacionales diferentes a las que reciben las personas de la tercera edad” (énfasis añadido) **(A 3)**. Por otro lado, una de las personas entrevistadas dice que

en la residencia donde yo trabajo y más en la que estaba trabajando hay bastante personas con TM y los meten con los ancianos, y no tiene que ver una persona con otra. Las residencias para personas mayores no están para nada capacitadas para esto porque ni recibimos formación, ni la gente que estamos trabajando sabemos cómo tratarles. (A 4). Mientras tanto otra profesional además de confirmar que “hay entre 6 u 8 personas con problemas de salud mental. [Afirma que] algunas residencias para personas mayores no están preparadas para prestar servicios de alojamiento para este colectivo, ya que en las residencias separan a las personas entre *valido* y *dependientes*. Aunque se promueve la autonomía generalmente solo realizan las ABVDs como ducharse, vestirse, afeitarse, lavarse, etc. No se encargan del cuidado de su ropa, del manejo de electrodomésticos, de hacer la compra, etc. Pueden salir no se encuentran en régimen cerrado, pero no lo hacen porque llevan tanto tiempo sin salir que no se preocupan por relacionarse con otras personas, solo lo hacen con los trabajadores o algún familiar cuando los visitan. (A 5) (énfasis añadido). “la verdad es que sí hay algunas personas con problemas de salud conviviendo con las personas mayores en la residencia en la que trabajo. Aunque creo que estas residencias no están preparadas para intervenir con este colectivo porque necesitan adaptar las terapias ocupacionales que realizan para todas las edades (A 6) “me ha tocado ver en varias instituciones geriátricas a personas con TM conviviendo con personas de la tercera edad. No creo que las residencias sean un lugar adecuado para este colectivo, ya que necesitan más terapias ocupacionales, rehabilitación psicosocial que promuevan su autonomía, cosa que en estas instituciones no se hace porque no solo necesitan hacer dichas terapias, sino que también los motiven, que les den algo por qué luchar (T).

Intervención

Con esta variable se busca conocer cómo intervienen desde FEAFES- A.R.F.E.S. Pro-Salud Mental y desde los SPSS del Ayuntamiento de Logroño frente a la realidad social en la que se encuentran viviendo algunas personas con problemas de salud mental. Para ello se ha preguntado: ¿En la actualidad qué hacen desde FEAFES-A.R.F.E.S. Pro- Salud Mental para ayudar a este colectivo? (D) señala que “La Asociación ofrece múltiples servicios para apoyar a las personas con TMG y a sus familiares como: el centro de día para personas con un TMG con mayor dependencia y el centro ocupacional para personas

con mayor autonomía. Además de otros servicios y programa como los de orientación, tratamiento e información, los de valoración, la escuela de familia, el programa de tratamiento domiciliario, los Servicios ambulatorios psicológicos y sociales. También los servicios jurídicos de información y acompañamiento integral, el servicio de club social, de ocio y fines de semana, el club deportivo y el centro especial de empleo protegido, donde las personas con un nivel de recuperación importante, y que han pasado por centro ocupacional son contratados por la propia entidad y pasan a ser trabajadores de sus diferentes líneas. Además, cuentan con programas de empleo con apoyo en el propio lugar de trabajo.

“Uno de los logros obtenidos trabajando junto al SPRSS en 2005 es el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad y en situación de dependencia por TMG a tener recursos de rehabilitación Psicosocial y laboral. “Es la primera vez que históricamente conseguimos ganar el concurso y nuestras plazas pasaron a ser pública tanto las del Centro Ocupacional y posteriormente Centro de Día” (D)

Por otra parte, esta misma pregunta se le hizo a (J), quien afirma que realizan varios tipos de intervención unas directas e individuales como las que realizan en las Unidades de Trabajo Social, que van “en función de lo que necesite, se le tramita una ayuda de emergencia para un alquiler, lo que necesite dependerá de la persona”. Por otro lado, las que realizan en colaboración con las distintas asociaciones del [tercer] sector que para [ella] son las que saben, las que conocen, las que están formadas ARFES, ASPRODEMA, ASPACE, etc. con ellos tenemos una relación de subvención y hacemos cosas juntos tratamos o financiamos horas de respiro para que los cuidares puedan descansar. Estamos dando vueltas a una idea que surgió el año pasado que este año ya está en presupuesto. Porque este ayuntamiento tiene una comisión de alojamiento tiene que ver con los casos de gente que necesita una vivienda, que tienen que ir aparejado una intervención familiar. Entonces nosotros tenemos una vivienda municipal, encajamos lo que llega con lo que tenemos. Hemos visto que cuando las personas tienen un trastorno mental es muy difícil que encajen en esas viviendas, que nosotros tenemos sin plan, sin alguien que las acompañen, en el proceso, en estos momentos estamos hablando con ARFES, a ver si entre los dos podemos hacer algo más, que sea un convenio de colaboración. También con FEAS que ahora es Plena Inclusión, tiene un proyecto para mí precioso que se llama (Solo) es un proyecto de ellos, pero en el cual queremos entrar a financiar que significa

que personas con trastornos mentales puedan vivir solo, ellos los acompañan hasta que logran cierta autonomía, que les permita, enfrentarse a una vida más o menos normal. Algo de ese tipo es lo que queremos hacer”

La coordinación que existe entre los SPRSS y FEAFES-A.R.F.E.S.- Pro- Salud Mental se ha podido comprobar, no solo con los resultados obtenidos durante los años que llevan trabajando juntos. Sino que se ha observado en primera persona que ambas especialistas se encontraban reunidas coordinando con otros profesionales las intervenciones que van a realizar para paliar la situación en la que se encuentran algunas personas con problemas de salud mental.

6.2. Propuesta de un recurso de alojamiento para personas con problemas de salud mental

Nombre: Pisos supervisados “Cuidándome”

Introducción

En los siguientes apartados, se procederá a exponer una propuesta de pisos supervisados dirigidos a personas entre 18 y 60 años que padecen problemas de salud mental y que, a pesar de tener un grado de discapacidad superior a 33%, no tienen un grado de dependencia. Se ha pensado en este perfil ya que, generalmente, no encuentran un lugar adecuado para vivir, les es difícil acceder a una vivienda en alquiler y, además el coste de estos es un obstáculo considerable para que estas personas se independicen, lleven una vida normalizada y autónoma.

Justificación

Después de haber analizado los diferentes recursos y servicios de alojamiento especializado que existen a nivel nacional para las personas que padecen TM, se ha podido comprobar que en Comunidad Autónoma de La Rioja no existen recursos de alojamiento especializado para este colectivo, aunque sí hay algunos pisos tutelados. Tras la entrevista a la directora de FEAFES-A.R.F.E.S. Pro-Salud Mental se ha obtenido información sobre la problemática que suscita la inexistencia de un recurso de alojamiento especializado para las personas con problemas de salud mental en la

Comunidad Autónoma de La Rioja. Así como sobre algunas de las consecuencias del déficit de recursos de alojamientos especializados son que las personas vivan en las calles, en el CMA, que se los incapacite judicialmente para protegerlos, que se deriven a otras residencias fuera de la Comunidad, que ingresen a residencias para personas mayores. Además, el 86% de las personas TMG son cuidadas por un familiar mayor de 65 años, generalmente mujer y, en muchos de estos núcleos familiares, hay más de una persona diagnosticada con problemas de salud mental.

Por otro lado, se ha obtenido información de primera mano sobre la construcción de la nueva mini-residencia especializada para este colectivo. A partir de la entrevista a (D) quien señala que probablemente “este proyecto que tienen sobre la mesa se está quedando corto, porque está diseñado para 44 plazas y está casi completo, con las 21 personas con enfermedad mental que la Fundación Tutelar de La Rioja pretende traer y otras 16 que tienen [FEAFES-A.R.F.E.S.-Pro-Salud Mental]”. Por ese motivo, están “realizando un estudio con el fin de poner en marcha pisos de convivencia o viviendas especializadas, ya que existe un grupo de personas que están viviendo solas; en algunos casos con apoyo de los profesionales de la entidad y quieren hacer una experiencia en la que compartan un piso”.

Destinatarios

El presente proyecto está destinado para personas entre 18 y 60 años diagnosticadas con un TM con un grado superior de 33% de discapacidad, ya que es el perfil que no puede acceder a ningún tipo de alojamiento especializado de segundo nivel. Esto es debido a que uno de los requisitos de acceso a este tipo de servicios de segundo nivel es tener un grado superior al 33% de discapacidad y estar en situación de dependencia severa (grado II) o gran dependencia (grado III) según el punto 2.3.2. c) de la Cartera Riojana²¹. Además de que este colectivo no cumple con estos requisitos, no existe un recurso de alojamiento especializado para cubrir las necesidades específicas que tiene las personas con problemas de salud mental.

²¹ Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.

Esta propuesta de vivienda supervisada va a ir dirigida al 7,50% de las personas con discapacidad reconocida derivada de un trastorno mental tiene un grado de discapacidad moderado entre 33% -64%, ya que generalmente este grupo de personas tiene mayor dificultad para acceder a un recurso residencial (Gobierno de La Rioja, 2016, 26).

Intervención

En cuanto a las posibles acciones que se pueden realizar desde el Trabajo Social se consideran las siguientes:

Atención técnica constituida:

- Información y asesoramiento
- Apoyo en las gestiones administrativas
- Programar y realizar actividades para recuperar capacidades o fomentar hábitos saludables
- Coordinación con otros profesionales, entre otras actividades.

Apoyo humano a través de acompañamientos a determinados servicios:

- Ir al médico
- Realizar gestiones administrativas entre otras cosas.

Metodología

Por consiguiente, se expondrá la metodología de propuesta, estructurado en las diferentes intervenciones que se llevarán a cabo. Así mismo, se presentarán los objetivos generales y operativos que se desean conseguir con este boceto. También, se explicará la temporalización y el cronograma de las posibles acciones que se llevarían a cabo, en la puesta en marcha de la propuesta, así como un esquema del proceso de evaluación, y de un presupuesto con los recursos previsiblemente necesarios para la puesta en marcha de esta propuesta.

Coordinación

Para la puesta en marcha de esta propuesta se prevé la necesidad de coordinación con profesionales especializados en el campo de la salud mental, con representantes de la Comunidad Autónoma de La Rioja, del Ayuntamiento de Logroño, entre otras instituciones. Esta coordinación se va a realizar a través de entrevistas, reuniones y lo que se espera lograr es que todos los representantes participen activamente en la elaboración de un proyecto viable que pueda llevarse a cabo.

Participación

Esta propuesta de pisos supervisados precisa de la participación de las personas usuarias de este recurso, de los especialistas en el campo de la salud mental, así como de los representantes de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Objetivos generales

- Aumentar el nivel de autonomía e integración social y prevenir la cronificación de los TM a través de un alojamiento especializado con menos barreras para su acceso.

Objetivos operativos

- Conseguir que al menos FEAFES-A.R.F.E.S. Pro-Salud Mental colabore con la propuesta de alojamiento
- Que el gobierno de La Rioja subvencione el programa con un 60%
- Que sea puesto en marcha antes de seis meses tras su aprobación

Estructura del proyecto

La presente propuesta estará constituida en varias fases que se van a describir, aunque se obviarán algunos pasos que ya se han realizado. Por ello se pasará directamente al diseño metodológico, la planificación temporal o cronograma, el presupuesto y los recursos materiales y humanos.

Para concluir se elabora una sugerencia de evaluación de la propuesta, que será sumativa mediante los cuestionarios pretest y posttest que se pasaran a las entidades colaboradoras,

como a las personas usuarias del servicio, con el objetivo de modificar los posibles déficits que pueda tener este proyecto o bien mejorar las intervenciones para que este proyecto sea eficiente y ayude a este grupo de personas.

Plan de trabajo cronograma

En el anexo nº 6, se recoge la temporalización de las fases del proyecto, así como el cronograma con el fin de favorecer la comprensión del programa que se pretende poner en marcha.

En este calendario de trabajo se exponen todas las intervenciones que se van a realizar esto es, desde la idea del proyecto, su formulación, hasta la puesta en marcha de este. No obstante, se aclara que este proyecto no se está llevando a cabo, aunque puede llegar a ser viable. Por supuesto necesitaría un trabajo en equipo multidisciplinar, ya que el colectivo con el que se desea intervenir precisa un abordaje sociosanitario multidisciplinar.

Presupuesto

Con el objetivo de elaborar un presupuesto lo más real posible, se enumerarán los recursos humanos y materiales, tanto los asignados como los que son necesarios para conocer el coste real del proyecto y la viabilidad de este, (véase en anexo nº 7).

Evaluación

Encuadre de la evaluación

Objeto: es la promoción en la integración social de las personas que padecen un problema de salud mental a través del acceso a una vivienda normalizada.

Objetivo: conocer los posibles déficit del programa, planificar y organizar intervenciones que prevengan las posibles recaídas, analizar la viabilidad del proyecto antes y después de su puesta en marcha.

Los resultados obtenidos en la evaluación proveerán información para lograr la eficiencia de la propuesta. Además, es una herramienta que ayuda a los profesionales a conocer los déficits que pueda tener y de este modo modificar aquellas acciones que llevan a ningún lugar.

Por consiguiente, se ha optado tanto por la metodología cuantitativa a través del cuestionario, como por la cualitativa que es la observación participante, así como las sugerencias. Para ello, se ha utilizado un diseño experimental basado en las modalidades: pretest, posttest, cuaderno de notas, y cartas de sugerencias. El motivo por el que se ha elegido este método es porque no se pueden manipular las variables intervinientes ni mucho menos se puede contar con un grupo de control.

Los instrumentos que previsiblemente se van a utilizar en la evaluación son: el pretest para medir la viabilidad del proyecto y planificar y organizar intervenciones, el posttest para analizar la eficiencia del programa, el cuaderno de notas de los observadores participantes para incidir en aquellas intervenciones que no han sido adecuadas y el buzón de sugerencias será una herramienta imprescindible mediante el cual las personas usuarias podrán participar activamente en la organización y planificación de esta propuesta.

Variables

En los siguientes apartados se elaborará el listado de variables dependientes y se operacionalizarán los indicadores.

Variables dependientes

- Autopercepción sobre la necesidad de un servicio de alojamiento especializado de segundo nivel para este colectivo.
- Opiniones sobre la planificación y organización del proyecto.
- Autonomía de las personas usuarias.

Indicadores

- Nivel de obstáculos percibidos para acceder a un recurso de alojamiento tanto por los profesionales como por las personas usuarias.
- Nivel de interés por que exista un recurso de estas características.
- Grado de viabilidad de la organización del proyecto.
- Nivel de autonomía de las personas usuarias para poder vivir en dicho recurso.

Esta lista de indicadores se va a medir mediante el pretest y posttest

El nivel de obstáculos percibidos para acceder a un recurso de alojamiento percibido por profesionales y las personas usuarias se recogerá en la pregunta nº 1

El nivel de interés para que exista un recurso de alojamiento se valorará con la pregunta nº 2

El grado de viabilidad de la organización del proyecto se evaluarán con las respuestas obtenidas en las preguntas nº 3

El nivel de autonomía aconsejable se recogerá en con la pregunta nº 4

7. Conclusiones

La hipótesis de que algunas personas con problemas de salud mental están siendo derivadas a las residencias para personas mayores, al no existir un recurso de alojamiento especializado cuando cumplen los requisitos para acceder a dicho servicio se ha confirmado, ya que tras el análisis de la legislación de los SS.SS. se ha podido constatar que la Comunidad Autónoma de La Rioja es la única que no cuenta con recursos de alojamientos especializados para personas con problemas de salud mental. No obstante, esta información también fue corroborada por la directora de la Asociación y la jefa de la Unidad de SS.SS. del Ayuntamiento de Logroño. No obstante, sí existen pisos tutelados de la Fundación Tutelar del Gobierno de La Rioja para las personas que padecen problemas de salud mental que se encuentran bajo tutela.

La tesis sobre la necesidad de recursos de alojamientos especializados para personas con problemas de salud mental se ha confirmado a través de las entrevistas a la Directora de la Asociación y a la jefa de la Unidad de SS.SS. del Ayuntamiento de Logroño con las preguntas 4 y 6²². Estas profesionales han dibujado varios perfiles como: “el de algunas personas que viven en las calles, otras que por su nivel de discapacidad y por su situación de dependencia precisan un recurso residencial con atención continua los 365 días del año, con una supervisión más constante, [es decir,] apoyo permanente en todas las áreas y gente joven [entre 18 y 60 años] con un buen nivel de autonomía y capacidades pero que padece un problema de salud mental y carece de apoyo”.

²² Véase en anexo nº 1 entrevistas a profesionales

En cuanto a la coordinación que existe entre los representantes del SPRSS y las entidades del tercer sector se ha podido observar que el día que se realizó la entrevista a la jefa de la Unidad SS.SS. del Ayuntamiento de Logroño se encontraban reunidos coordinando y acordando posibles intervenciones para mejorar la situación en la que se encuentran algunas personas con problemas de salud mental.

Esta realidad social en la que se encuentran estas personas, ya que los TM están en aumento y más o menos la mitad de estos se manifiestan antes de los 14 años y, son la principal causa de discapacidad en el mundo (OMS 2001, 19)²³. Por estas razón, es importante realizar intervenciones que promuevan la autonomía e integración social para este colectivo.

Por otro lado, en las entrevistas se ha podido confirmar la segunda hipótesis de que las residencias para personas mayores no son un servicio adecuado para personas con problemas de salud mental. Ya que como han dicho algunas de las personas entrevistadas, “no es lo mismo tener entre 80 y 100 años que 50, los intereses de cada grupo varían, entre otras cosas, por ejemplo las actividades de ocio y tiempo libre deben ser adaptadas a las capacidades de cada grupo”. Además, se ha observado como trabajadora de una residencia para personas mayores, que cuando una persona con TM presenta sintomatología psicótica algunas personas de la tercera edad suelen decir “está loco”, que “necesitan otro tipo de centro”, “aquí no puede estar”, “es agresivo”, entre otras frases²⁴. Y estos comentarios suelen hacer que esta persona se aísle más, lo que desde mi punto de vista es inadecuado para promover la autonomía e integración social de cualquier persona. Aunque cabe aclarar que, no siempre sucede esto, pero los comentarios derivados de la imagen que tiene la sociedad de este colectivo los hace vulnerables a padecer cualquier tipo de discriminación.

Por último, la formación que tienen algunas personas profesionales que trabajan en residencias privadas no es suficiente para trabajar con personas con problemas de salud mental. Debido a que algunas profesionales que trabajan en residencias privadas solo tienen la titulación de Atención geriátrica y, las que cuentan con el grado medio de

²³ Véase http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/

²⁴ Véase en (Laso, 2016, 9-11). Recuperado el 28 de abril de 2018 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5536315>

Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería afirman conocer la teoría, pero no saben cómo reaccionar cuando estas personas presentan sintomatología psicótica o la manera de motivarlos para promover su autonomía.

Como se puede ver en la información obtenida tanto de las entrevistas como del análisis documental, proyectan datos fundamentales para afirmar que es esencial la creación de un recurso de alojamiento especializado que no exija requisitos de situación de dependencia. Ya que generalmente este colectivo no suele obtener grado sobre su situación de dependencia por múltiples factores como: la falta de continuidad en la toma de la medicación por temor a los efectos secundarios, porque no aceptan la enfermedad, porque son jóvenes y poseen capacidades y el baremo²⁵ indaga sobre la capacidad para hacer las ABVDs y no por la motivación que tiene esa persona para hacer esa actividad, por el miedo que tiene relacionarse con otras personas, la apatía, etc.

Por otra parte, como señaló (D), que el año 2005 se reconoció el derecho subjetivo de las personas con discapacidad y en situación de dependencia derivada de un TMG a tener recursos de rehabilitación psicosocial y laboral. Es decir, una persona diagnosticada con un TMG tiene el derecho subjetivo a pedir un recurso especializado y esta teoría ha sido confirmada tanto por (D) como por (San Martín, 2018), quienes se respaldan con la (STC 3/2018 de 22 de enero), ya que esta sienta jurisprudencia²⁶.

Para concluir, se afirma que tanto este estudio exploratorio como la propuesta de pisos supervisados precisan de la participación de los especialistas del campo de la salud mental, del ámbito social y sobre todo de las personas usuarias. Además de la implicación de la Comunidad Autónoma de La Rioja, que posee la competencia para crear recursos para este colectivo.

²⁵ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

²⁶ Véase BOE Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia núm. 3/2018 de 22 de enero Sentencia 3/2018. Recuperado el 23 de abril de 2018 de: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/02/21/pdfs/BOE-A-2018-2459.pdf>

8. Bibliografías

- Aguado, V. (2012). El régimen jurídico de las prestaciones de los SSSS. En Ezquerra, A. (2012) El marco jurídico de los servicios sociales en España Realidad actual y perspectivas de futuro. Editorial Atelier. Barcelona
- Alemán, C. & Mingo, M^a L., (2008). Capítulo 1 Los Servicios Sociales y la Constitución, En Los servicios sociales especializados en España. Editorial universitaria Ramón Areces.
- Álvarez, M. (2010). Salud y enfermedad. El reto de vivir. En Cabanyes, J. y Monge, M. A., (2010) La salud mental y sus cuidados. Navarra – España. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Págs. 100.
- Bericat, E., (1998). La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social, España, Editorial Ariel.
- Cáceres, C., (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de: <http://www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf>
- Caro, Y., et al, (2016-2020). III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja (2016-2020). Recuperado el 3 de marzo de 2018 de: <https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/VERSION%20DEF%20III%20PLAN%20E%20STRATEGICO%20DE%20SALUD%20MENTAL%202016-2020.pdf>
- Confederación de Salud Mental España (2015). Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”. Recuperado el 15 de mayo de 2018 de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Desviat, M. (2012). Salud mental comunitaria. En Marcos, A. M^a y Topa, G. (2012) Salud mental comunitaria. Madrid. UNED. ISBN electrónico: 978-84-362-6335-0.
- Diez, B., Montoya, P. & Solana, A. (2015) “La atención sociosanitaria a personas con trastorno mental grave: una respuesta de red de dispositivos para Cantabria”. Recuperado el 21 de febrero de 2018 de: <http://www.ascasam.org/images/interes/TesinaMAGDS.pdf>

- Giménez, M. del C. (1986). La transición hacia la reforma sanitaria: la ley general de sanidad (1986). UNED. Disponible en <http://historiadelpresente.es/sites/default/files/congresos/pdf/41/ecosociedad/Gimenez.pdf> consultado el 2 de abril de 2017.
- Gisbert, C. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Editorial Madrid Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gobierno de La Rioja (2016). La población con discapacidad en La Rioja 2015. Análisis estadístico de las personas con discapacidad reconocida. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de: <http://www.larioja.org/servicios-sociales/es/personas-discapacidad/poblacion-discapacidad-rioja-2015>
- Hernández, M., (2015). La planificación de la investigación. En Caparrós, N., (2015) Métodos y técnicas de investigación en trabajo social. Editorial Grupo5. Madrid.
- IMSERSO. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Recuperado el 03 de abril de 2018. de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>
- Lima, A. I., (2016). Definición Global del Trabajo Social de Melbourne (2014). En Derecho social y justicia social. Revista Treball Social. Número 207 – abril 2017.
- Márquez, L. J., (2011). Salud mental y personas sin hogar. Estudio de detección para establecer pautas de actuación en intervenciones comunitarias. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8260/TFG.Luis.Marquez.pdf?sequence=5>
- Omil, M. G., (2008). Introducción al Trabajo Social necesidades definiciones y teorías Recuperado el 03 de julio de 2018 de: <https://trabajosocialunam.files.wordpress.com/2014/02/artc3adculo-2-necesidades-sociales.pdf>

- OMS, (2001). Informe sobre la salud en el mundo: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42447>
- OMS, (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de: http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf consultado.
- OMS, (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado el 5 de octubre de 2017 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
- Ramírez, N. (2010). Trastornos psicóticos. En Cabanyes, J. y Monge, M. A. (2010). La salud mental y sus cuidados. España. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Págs. 416- 420. Recuperado el 03 de marzo de 2018 de: <https://xebook.unirioja.es/MyResearch/CheckedOut>.
- Recuperado el 1 de junio de 2018 de: <http://www.tscat.cat/content/rts-207-castellano>
- Rodríguez, A. (2007) Capítulo 1. La atención residencial en el marco de la atención comunitaria de la población con enfermedad mental severa: problemática, necesidades y modelos de atención. En Comunidad de Madrid. (2007) atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales y programas básicos de intervención. Recuperado el 16 de abril de 2018 de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007117.pdf>
- Sabater, C., (2015). La planificación de la investigación. En Caparrós, N., (2015) Métodos y técnicas de investigación en trabajo social. Editorial Grupo5. Madrid.
- Salas, C., et al, (2013). La noción de calidad de vida y su medición. Recuperado en 12 de julio de 2018 de: [Dialnet-LaNociónDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356.pdf](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4549356)
- San Martín, D. (2018). Formas de Intervención Administrativa en Materia de Servicios Sociales. Sistema Público de Servicios Sociales. Universidad de La Rioja

- San Martín, D. (2018). Sistema Público de Servicios Sociales: Delimitación y Genealogía. Sistema Público de Servicios Sociales. Universidad de La Rioja
- Seva, A., (2010) La enfermedad mental conceptos y tipos de trastornos, en Cabanyes, J. y Monge, M. A., (2010) La salud mental y sus cuidados. Navarra – España. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Págs. 149 universitaria. Recuperado el 03 de julio de 2018 de: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev123COL3.pdf>
- Situación actual y recomendaciones contra el estigma” Recuperado el 03 de abril de 2018 de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Vargas, L. M., (1994) Sobre el concepto de percepción. Recuperado el 03 de julio de 2018 de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Villar, F., J., (2012) Iniciativa privada y prestaciones de los servicios sociales. Las redes o sistemas públicos de servicios sociales. En Ezquerro, A., et al, (2012) El marco jurídico de los servicios sociales en España. Realidad actual y perspectiva de futuro. Editorial Barcelona: Atelier.
- Villegas, L. A. (2008). Formación: apuntes para su comprensión en la docencia